

Redactioneel

Benno Bonke

Rood en blauw overheersen het roosvenster dat, in een traditionele gotische kathedraal, de achtergrond vormt van een exploderend energieke organist en adembenevende koorzang op de laatste zondagavond in augustus in Trondheim, Noorwegen: het is bepaald geen straf de openingsceremonie van het jaarlijkse congres van de Association of Medical Education in Europe (AMEE) bij te wonen. De ervaring leert bovendien dat het rendement van dit soort conferenties groter is naarmate de temperatuur daalt en de regenkans toeneemt, want binnen blijven en absorberen is dan het devies. Wat dat betreft zaten de deelnemers ook goed.

Het is fantastisch te zien hoeveel congresdeelnemers – dit jaar meer dan 1700 uit 75 landen – zich hebben verscheept naar het Noorden om zich in te zetten voor kwaliteitsverbetering van het onderwijs in de geneeskunde. Behalve 26 preconference en 54 conference workshops bood AMEE dit jaar, naast de plenaire lezingen, symposia en diverse andere activiteiten, 330 lezingen en 375 posterpresentaties. Bestond het medisch onderwijs nog niet zo lang geleden voornamelijk uit stampen, voordoen, nadoen, in het diepe gegooid worden en proberen het hoofd boven water te houden, de student geneeskunde in de 21e eeuw mag verlangen dat het curriculum gestoeld is op heldere onderwijskundige principes, geschraagd door zorgvuldig uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. Het AMEE-congres levert daar een duidelijke en belangrijke bijdrage aan. Al is het maar dat je als deelnemer de laatste ontwikkelingen hoort, leert waar de focus van aandacht ligt, je netwerk uitbreidt, en een kijkje in andermans keuken kunt nemen.

Wat mij trof – en dat is uiteraard een subjectieve indruk – waren de jaarlijkse procedures rondom de toelating tot de medische opleiding in de Verenigde Staten. Het grote verschil ten opzichte van Nederland en

Vlaanderen is uiteraard de vier jaren *college* die kandidaten achter de rug moeten hebben alvorens naar een plaats aan een medische opleiding daar te kunnen dingen, en het feit dat men er vervolgens niet voor terugdeinst eerst een voorselectie te maken uit duizenden gegadigden, dan zo'n 600 kanshebbers te interviewen, om uiteindelijk bijvoorbeeld 200 aspirant studenten over te houden. De facultaire interviewers worden betaald voor hun werk en een zorgvuldige controle en bewaking van de procedures dienen te voorkomen dat vooroordelen of nepotisme een rol spelen. Dan kun je als *Med School* in elk geval een zekere controle uitoefenen op de kwaliteiten die je bij je aanstaande artsen aanwezig wilt zien. Toch kun je ook dan niet echt verhinderen dat studenten met bijvoorbeeld rechts-extremistische opvattingen de studie geneeskunde aanvangen, hetgeen thans in Duitsland nogal eens vragen blijkt op te roepen. Men schrikt er overigens aan gene zijde van de oceaan evenmin voor terug van aankomende studenten geneeskunde een getekende verklaring te verlangen met betrekking tot gezondheidsproblemen of een eventueel crimineel verleden, en in Groot-Brittannië is het niet veel anders. Daar staat tegenover dat het wel zaak is, voorafgaand aan aanmelding, de kandidaten adequate voorlichting te geven over wat men verwacht van hen als aankomend arts.

Nog een opvallend gegeven: u kent misschien ook wel van die studenten die vijf maal zijn gezakt voor hetzelfde tentamen en dan gewoon een zesde keer mogen opgaan zolang ze maar hun collegegeld hebben betaald? Zo gaat dat (nog wel!) in Nederland: wanneer je niet voldoet aan de eisen, mag je *ad infinitum* proberen alsnog aan te tonen dat je wel aan de eisen voldoet, althans voorzover er geen sprake is van een bindend studieadvies. Maar heb je bij voorbeeld in Engeland twee of maximaal drie maal een examen afgelegd en ben je nog niet geslaagd, dan

betekent dat zonder meer: “*good afternoon!*”, een eufemisme voor “hartelijk dank, u kunt vertrekken”. Ik ken mensen die daar in Nederland graag een voorbeeld aan zouden willen nemen!

Ook veel aandacht bestond er in Trondheim voor studenten geneeskunde en artsen die persoonlijke problemen ervaren: *Physicians and students in distress*, variërend van verregaand cynisme en depressie, tot verslavingen, burnout en suicidaliteit. Consistente gegevens laten zien dat de percentages waarin deze symptomen zich voordoen aanzienlijk hoger zijn dan in de algemene bevolking of in andere beroepsgroepen.^{1–3} Zo voldeed 45% van de onderzochte studenten aan Mayo Medical School in Rochester, Minnesota aan objectieve criteria van burnout en ook het aantal medische fouten dat artsen maken lijkt hoog te correleren met de mate waarin zij burnout ervaren.⁴ Moeten we ons zorgen maken over onze studenten, aios of collega's op de werkvloer? Ik denk het wel. Voorkomen is immers beter dan genezen. Vroegtijdig signaleren, het gevraagd en ongevroegd aanbieden van passende cursussen in *stress- en time-management*, aandacht voor de niet-medische aspecten van het leven, tijd voor reflectie op de dagelijkse werkzaamheden en optimale keuzemogelijkheden voor hen die een andere dan een klinische carrière ambiëren – of voor wie dat niet weggelegd lijkt – zijn minimumeisen die men mag verwachten op grond van deze en andere alarmerende signalen.⁵

Ideeën voor te ontwikkelen onderwijsprogramma's en verbetering van bestaande situaties flitsen voorbij. Waar kennen we in Nederland of Vlaanderen bijvoorbeeld multiprofessionele onderwijsmodules waarin studenten geneeskunde met aankomende verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkenden en andere aanstaande paramedici leren wat *teamwork* inhoudt zoals men dat in Aberdeen doet? Aanstaand artsen in Leeds krijgen een verplichte cursus aangeboden op het gebied van patiëntveiligheid om hen bewust te maken van het belang medische fouten zo veel mogelijk te voorkomen. In Oslo wordt studenten in een klinische stage onder meer opgedragen een voorstel te schrijven voor een verbetertraject op het gebied van patiëntveiligheid voor de afdeling waar zij zijn ingedeeld. Niet zozeer om dat rapport vervolgens op het bureau van het afdelingshoofd te

doen landen, maar als middel tot bewustwording van het belang ervan. Het zijn mijns inziens uitstekende en goed in te voeren ideeën.

Opvallend was ook dat onze aankomende generatie dokters, de huidige studenten geneeskunde, in Europa bij de discussies over opzet en uitvoering van medisch onderwijs een steeds belangrijker plaats innemen. Als u er kennis van wilt nemen waartoe hun inzet en enthousiasme kan leiden, dan raad ik u aan te googelen met de trefwoorden 'IFMSA' en 'European Core Curriculum' om zo een indruk te krijgen van hun uitgewerkte voorstellen voor een mogelijk toekomstig Europees kerncurriculum geneeskunde. Zal ik nog verder gaan met dit pleidooi? U zult uw honger naar meer informatie voorlopig moeten stillen met het nieuwe TMO-nummer dat u in handen heeft. Daarin treft u behalve een terugblik op 35 jaar NVMO en een toekomstvisie, bijdragen aan over de opzet van competentiegerichte vervolgoopleidingen en over het landelijke project integratie van sekse in het basiscurriculum. Verder kunt u uitgebreid kennis nemen van de wijze waarop men in Maastricht de beoordeling van professioneel gedrag heeft vorm gegeven. Inderdaad, Nederland heeft op het gebied van ontwikkeling en onderzoek van medisch onderwijs gelukkig een duidelijke plaats verworven. Mag ik u in dat verband tenslotte wijzen op de lustrum-editie van het NVMOcongres van 15 tot en met 17 november in Egmond aan Zee, dan kunt u intussen de data voor de volgende AMEE-conferentie in 2008 noteren: van 30 augustus tot 3 september in Praag.

Literatuur

- Dyrbye LN et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1435–42 (a).
- Dyrbye LN et al. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81:354–73 (b).
- Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880–9.
- West CP et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *JAMA* 2006; 296:1071–8.
- Van der Heijden FMMA et al. Toegewijd, maar oververmoeid. *Med Contact* 2006;61:1792–5.